

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

このことについて、下記のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日	申請金額	50,000円
保険者番号		被保険者番号	
死亡した被保険者の氏名			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	死亡年月日	令和 年 月 日
葬祭年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)の該当	<input type="checkbox"/> 献体

申請者(喪主)	住所			
	氏名			
	電話	() -	死亡者との続柄	

振込先口座		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所	
	金融機関コード		店舗コード	
	預金種別	普通座 ()	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義人			

委任状 <small>振込先が申請者(喪主)と異なる場合</small>	私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。			
	<small>委任者(申請者)</small>	住所		
	<自署>	氏名		
	※委任者、受任者はそれぞれ本人が自署下さい。			
<自署>	<small>受任者</small>	住所		
	氏名	電話番号	() -	

※市町村 確認欄	申請者本人確認書類	葬祭日確認	喪主確認	備考	広域入力
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()				